

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou novas regras com o intuito de melhorar o atendimento prestado pelas operadoras de planos de saúde aos beneficiários nas solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial. As medidas, definidas pela [Resolução Normativa \(RN\) nº 395](#), entrarão em vigor no dia 15/05 e estabelecem prazos para a prestação de informações ao consumidor, disciplinando e qualificando o atendimento, e obrigam as operadoras a disponibilizar canais de contato presencial e telefônico.

A RN diz que, quando demandadas, as operadoras devem prestar imediatamente aos seus beneficiários as informações e orientações sobre o procedimento ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo se há cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato. Também estabelece a implantação de unidade para atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos, exceto para as operadoras de pequeno porte, as exclusivamente odontológicas, as filantrópicas e autogestões.

As empresas de grande porte também terão que oferecer atendimento telefônico ao consumidor durante 24 horas, sete dias por semana, e as de médio e pequeno porte, as exclusivamente odontológicas e filantrópicas deverão ter canal telefônico para atendimento em horário comercial nos dias úteis. Para assegurar o atendimento aos casos de urgência e emergência, todas as operadoras deverão disponibilizar atendimento telefônico 24 horas, todos os dias da semana.

A resolução ainda exige que sempre que houver a apresentação de solicitação de procedimento e/ou serviço de cobertura assistencial pelo beneficiário, independente do canal pelo qual seja realizado ou qual seja sua finalidade, deverá ser fornecido número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.

“A operadora é o primeiro canal de atendimento do consumidor e ela precisa dar uma resposta rápida e satisfatória ao beneficiário”, destaca a diretora de Fiscalização da ANS, Simone Freire. “Com essas regras, queremos reforçar e disciplinar o atendimento às solicitações de procedimentos e serviços de cobertura assistencial, estimulando os planos de saúde a qualificarem o contato com seus beneficiários, melhorando, de forma geral, o serviço prestado”, completa. Segundo a diretora, transparéncia, clareza e segurança das informações, presteza e cortesia e melhoria contínua são as diretrizes que devem orientar o atendimento das operadoras aos beneficiários.

PRAZOS DE RESPOSTA - Nos casos em que não seja possível fornecer resposta imediata à solicitação de procedimento ou serviço de cobertura assistencial apresentada, as operadoras terão prazo de até cinco dias úteis para responder diretamente aos beneficiários. Caso a resposta apresentada negue a realização de procedimentos ou serviços solicitados, deve ser informado detalhadamente o motivo e o dispositivo legal que o justifique. Nas solicitações de procedimentos de alta complexidade (APAC) ou de atendimento em regime de internação eletiva, o prazo para resposta é de até dez dias úteis. Já para procedimentos de urgência e emergência, a resposta deve ser imediata.

Nos casos de solicitação de procedimentos ou serviços em que os prazos máximos para garantia de atendimento sejam inferiores a cinco dias, a resposta da operadora ao beneficiário deverá se dar dentro do prazo previsto na RN nº 259, de 2011.

“Com a normativa, estamos buscando incentivar um atendimento adequado à demanda, que assegure o acesso e a utilização dos serviços, a informação clara e precisa quanto aos serviços contratados e a prestação imediata de informações e orientações sobre o procedimento ou serviço solicitado. Com isso, pretendemos induzir a apresentação de solução cada vez mais célere às demandas dos beneficiários, em prazo inferior ao estabelecido na RN nº 259/2011”, afirma Simone.

O consumidor também poderá pedir o envio dessas informações por escrito em até 24 horas e requerer reanálise da sua solicitação, que será avaliada pela Ouvidoria da empresa – outra novidade importante implementada pela nova norma. Com isso, ele tem a oportunidade de recorrer da negativa dentro da própria operadora. Se a empresa dificultar ou tentar impedir essa reanálise, será configurada infração por não observância às regras sobre atendimento aos beneficiários nas solicitações de cobertura assistencial.

ACESSO AOS DADOS - As operadoras deverão arquivar, pelo prazo de 90 dias, e disponibilizar, em meio impresso ou eletrônico, os dados do atendimento ao beneficiário, identificando o registro numérico de atendimento, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

O beneficiário poderá requerer que as informações prestadas sejam encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 horas. Caso solicitem, também poderão ter acesso aos registros de seus atendimentos, em até 72 horas a contar da realização do pedido.

MULTA - Em caso de descumprimento das regras previstas na resolução normativa, a operadora está sujeita a multa de R\$ 30 mil. Caso a infração venha a se configurar em negativa de cobertura, a operadora também estará sujeita a multa – neste caso, os valores vão de R\$ 80 mil a R\$ 100 mil.

A Resolução Normativa passou por consulta pública e recebeu mais de mil contribuições de toda a sociedade.

[Confira aqui a íntegra da norma.](#)

Resolução Normativa n° 395



Regras que as operadoras de planos de saúde devem observar nas solicitações de procedimentos ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

Garantias dos beneficiários:

- Atendimento adequado à demanda, assegurando acesso e utilização dos serviços
- Informação adequada, clara e precisa quanto aos serviços contratados
- Tratamento preferencial nos casos de urgência e emergência
- Respeito ao sigilo profissional e à privacidade do beneficiário
- Prestação imediata de informações e orientações sobre o procedimento e/ou serviço assistencial solicitado, esclarecendo se há cobertura prevista no Roi de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e/ou no contrato
- No caso de atendimento presencial, é garantido tratamento não discriminatório nas condições de acesso, observando as prioridades de atendimento - pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo

A RN entrará em vigor em 15/05/2016

PRINCIPAIS MEDIDAS

CANAIAS DE ATENDIMENTO OBRIGATÓRIOS

**1 - Atendimento presencial:**

Todas as operadoras (*) devem disponibilizar unidade de atendimento presencial funcionando em horário comercial durante os dias úteis nas capitais dos estados ou regiões de maior atuação dos planos.

(*) A regra do atendimento presencial é válida desde que atendidos os seguintes critérios:
I – a operadora possua concentração de beneficiários superior a 10% do total de sua carteira; e
II – o número de beneficiários naquela área não seja inferior a 20.000.
A regra não se aplica às operadoras exclusivamente odontológicas, filantrópicas e autogestões.

**2 - Atendimento telefônico:**

Operadoras de grande porte devem oferecer atendimento telefônico 24 horas nos sete dias da semana. Operadoras de pequeno e médio porte, exclusivamente odontológicas e filantrópicas devem oferecer atendimento telefônico em horário comercial durante os dias úteis.

Os casos que envolvem garantia de acesso a coberturas de serviços e procedimentos de **urgência e emergência** terão que ter canal telefônico disponível para orientação por 24 horas, sete dias da semana.

FLUXOS E PRAZOS PARA ATENDIMENTO

**1 - Protocolo:**

As operadoras devem fornecer número de protocolo no início do atendimento ou logo que o atendente identifique tratar-se de demanda que envolva cobertura assistencial.

**2 - Prazos de resposta para solicitação de autorização de procedimentos e serviços:**

- **Urgência e emergência:** Resposta imediata
- **Outros casos em que não é possível resposta imediata:** Em até 5 dias úteis
- **Procedimentos de alta complexidade ou internação eletriva:** Em até 10 dias úteis

Obs.: Nos casos em que a solicitação de autorização não puder ser dada imediatamente e em que o prazo máximo para garantia de atendimento é inferior a 5 dias úteis, devem ser respeitados os prazos da RN nº 259/2011 (para resposta e fornecimento do procedimento).

Em qualquer hipótese, o atendimento às solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentadas pelos beneficiários às operadoras deve ser concluído **dentro dos prazos previstos na RN nº 259/2011**.

NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO



- Havendo negativa de autorização para realização do procedimento e/ou serviço solicitado por profissional de saúde devidamente habilitado, a operadora deve informar ao beneficiário detalhadamente, em linguagem clara e adequada, o motivo da negativa de autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique.
- Ele poderá, ainda, pedir reanálise da sua solicitação original, que será apreciada pela Ouvidoria da operadora.

DISPONIBILIZAÇÃO DOS DADOS SOBRE O ATENDIMENTO



- O beneficiário poderá requerer que as informações prestadas sejam encaminhadas por correspondência ou meio eletrônico, no prazo máximo de 24 horas.
- Caso solicite, o beneficiário terá acesso ao registro de seu atendimento em até 72 horas da realização do pedido.
- Os dados do atendimento efetuado devem ser arquivados pelo prazo de 90 dias e disponibilizados ao beneficiário em meio impresso ou eletrônico, assegurando a guarda, manutenção da gravação e registro.

Entenda melhor as medidas.

[Confira os prazos de atendimento estabelecidos pela ANS \(RN nº 259/2011\).](#)

Fonte: [ANS](#), em 15.01.2016.